

Nr sprawy

Miejscowość

Data

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Wypełniać drukowanymi literami!

IMIE

NAZWISKO

Data urodzenia Miejsce urodzenia
dzień - miesiąc - rok

Numer PESEL Obywatelstwo

Nr i seria dowodu osobistego (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość – podać jaki)

.....

Adres zameldowania

Adres pobytu (korespondencji).....
(wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Telefon kontaktowy, e-mail

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Bydgoszczy
ul. Toruńska 272, 85-831 Bydgoszcz**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (zaznaczyć krzyżykiem!):

- ☐ odpowiedniego zatrudnienia
- ☐ szkolenia, w tym specjalistycznego
- ☐ zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
- ☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacja pozarządowe oraz inne placówki
- ☐ konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji
- ☐ korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 Prawa o ruchu drogowym ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej
- ☐ korzystania z systemu pomocy społecznej
- ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- ☐ ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Najważniejszy cel złożenia wniosku proszę podkreślić!

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny, stan rodziny.....(liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwie zaznaczyć):
wykonywanie czynności samoobsługowych: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ opieka
poruszanie się w środowisku: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ opieka
3. Sytuacja zawodowa:
wykształcenie zawód wyuczony
obecne zatrudnienie zawód wykonywany

OŚWIADCZAM, ŻE:

Składałem / nie składałem* uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności;
Posiadam orzeczenie ważne na okres stały/ do dnia
stopień niepełnosprawności..... nr sprawy.....

Składałem / nie składałem* odwołanie od orzeczenia powiatowego lub wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

Mogę/ nie mogę* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

Wniosek niniejszy składam z powodu **przedłużenia poprzedniego orzeczenia / zmiany stanu zdrowia***

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

* niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z **Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.** w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania orzeczniczego.

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

UWAGA : Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

- Oryginał wniosku i informacji o zakresie opieki (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- Oryginał zaświadczenia lekarskiego (ważne przez okres 3 miesięcy od daty wystawienia),
- **Kserokopie wszelkiej dokumentacji mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności potwierdzone za zgodność przez organ wydający dany dokument, np.: karty informacyjne ze szpitala, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie (w przypadku ich braku wnioskodawca zobowiązany jest zostawić oryginały dokumentacji).**